



Número: **0818238-27.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/03/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAILTON AMAMCIO DA SILVA (AUTOR)	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO) FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13185 533	22/03/2018 10:18	Petição Inicial	Petição Inicial
13185 564	22/03/2018 10:18	adm jailton amancio da silva	Documento de Comprovação
13185 574	22/03/2018 10:18	adm jailton amancio2	Documento de Comprovação
13185 586	22/03/2018 10:18	prot adm jailton amancio	Documento de Comprovação
13185 690	22/03/2018 10:18	Petição Inicial	Petição Inicial
13185 928	22/03/2018 10:18	adm jailton amancio da silva	Documento de Comprovação
13185 943	22/03/2018 10:18	prot adm jailton amancio	Documento de Comprovação
13185 962	22/03/2018 10:18	adm jailton amancio2	Documento de Comprovação
13564 568	13/04/2018 12:50	Despacho	Despacho
14550 416	30/05/2018 08:52	Expediente	Expediente
14797 835	13/06/2018 11:42	Petição	Petição
14797 852	13/06/2018 11:42	Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo	Outros Documentos
22864 640	23/07/2019 17:26	Despacho	Despacho

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA __^a VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

Justiça Gratuita

JAILTON AMANCIO DA SILVA, inscrito no CPF sob o nº 715.759.004-24, brasileiro, agricultor, residente e domiciliado na Rua do Campo, 39, CEP: 58255-000, Centro, Belém – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:11:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210111178900000012880845>

Número do documento: 18032210111178900000012880845

Num. 18032210111178900000012880845 Pág. 11

em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em 15.02.2017, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Dante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210111178900000012880845>

Num. 18032210111178900000012880845 Pág. 10/11

Número do documento: 18032210111178900000012880845

Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210111178900000012880845>

Num. 18032210111178900000012880845 Pág. 11

Número do documento: 18032210111178900000012880845

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação

2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado.

3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser açãoada para pagar o valor da indenização de seguros.

4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso.

5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontrovertida qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.””.(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

"A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei".(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

"STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização".

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

"Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

'Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento)



para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a)** ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b)** ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c)** Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d)** Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 14 de março de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210111178900000012880845>
Número do documento: 18032210111178900000012880845

Num. 15185553 Pág. 101

Quesitos para a perícia:

- 1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:
- 2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.
- 3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?
- 4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.
- 5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?
- 6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?
- 7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?
- 8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?
- 9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210111178900000012880845>

Número do documento: 18032210111178900000012880845



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:35, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:11:33 Núm. 18032210111178900000012880845
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210111178900000012880845>
Número do documento: 18032210111178900000012880845



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima
715 759 004-24 *Saiton Amancio da Silva*

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Saiton Amancio da Silva</i>	CPF titular da conta <i>715 759 004-24</i>	Profissão <i>Estudante</i>
Endereço <i>Rua do Cauebo</i>	Número <i>39</i>	Complemento
Bairro <i>Centro</i>	Cidade <i>Belém</i>	Estado <i>Pará</i>
CEP <i>68255000</i>	Telefone (DDD) <i>83999154097</i>	
Email <i></i>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome _____ NHO _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. <i>0038</i>	CONTAS NRO. <i>520810</i>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTAS NRO. <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pedro . 12 de dezembro de 2017
Local e Data

Saiton Amancio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Renane Franco da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0612 - MINISTRO JOSE AMERI
DATA: 05/12/2017 HORA: 12:22:28
TERMINAL: 1004 NSU: 0001669 AUT.: 0048

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000617

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0038/013/00.052.081-0
NOME: JAILTON AMARAL DA SILVA

DEPOSITANTE:
0 M

VALOR TOTAL: 1,00
VALOR DINHEIRO: 1,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101
Ouvintaria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210094820000000012880875>
Número do documento: 18032210094820000000012880875

Num. 13185564 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fáilson Amancio da Silva,

RG nº 003.877.524, data de expedição 28/08/17 Órgão SEPR PB

CPF nº 715.759.004-24, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Centro.</u>
Número	<u>0º 39</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Beloer - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58255 000</u>
Telefone de Contato	<u>99015 4097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 1. Pessoa 28-08-2017

Assinatura do Declarante: Funilson Ernane dos Souza
Fáilson Amancio da Silva



VIVIANE FRANCO DA SILVA
RUAS DO CAMPO, 39 - CENTRO
BELEM/PB CEP: 59265000 (AG: 22)

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Endereço: Rua 230, Km 26 - Cidade Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 58071-000
Referência: Fev/2017 CNPJ: 09.095.183/0001-40 Inscrição Estadual: 16.016.822-0
Número de Medidor: 00001391518 Emissão: 15/02/2017 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº: 0000854.427
Código para Débito Automático: 00013267218

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 - www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1326721-6

Caráter de contato:

Fev / 2017

Apresentação

15/02/2017

Data prevista da próxima leitura:

20/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

00055535499

Ins. Est.

Faturas em atraso:

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura		

18/01/17	5182	15/02/17	5221	1	59	28
----------	------	----------	------	---	----	----

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	59	0,44028	26,87
ICMS			0,42
PIS			0,41
COFINS			1,89

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

JUROS DE MORA 01/2017	0,19
MULTA 01/2017	0,94
COMPENSACAO POR INDICADOR-DIC 12/2018	-0,97
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017	0,05

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/18	74
Dez/16	68
Nov/18	76
Oub/18	64
Sep/18	68
Ago/18	59
Jul/18	68
Jun/18	58
Maio/18	59
Abr/18	81
Mar/18	55
Fev/18	81

VENCIMENTO

Média dos últimos meses: 83

TOTAL A PAGAR

R\$ 37,90

INFORMANDO AO FISCO

71e1.0ef.1cb8.db5a.0912.d97a.9a67.8946.

Indicadores de Qualidade 12/2016 - Belém/PB

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,87	8,78
DIC TRIMESTRAL	11,34	NOMINAL
DIC ANUAL	22,68	220
PERCENTUAL	3,42	CONTRATADA
FIC MENSAL	8,85	LIMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	13,70	LIMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	3,29	231
DMIC	3,08	Total

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Obrigações Fiscais	0,00	0,00%
Compra de Energia	0,00	0,00%
Serviço de Transmissão	0,00	0,00%
Encargos Sociais	0,00	0,00%
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00%
Outros Serviços	0,00	0,00%
Total	0,00	0,00%



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01500.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01500.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 23 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Viviane Franco da Silva, CPF nº 086.555.354-86, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Manicure, filho(a) de Maria Francisca de Santana Franco e Marinelson Franco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/12/1981 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, Nº 39, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Presidio, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99915-4097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Estadual Proximo a Marcos da Verdura, Outros, Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/02/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE SEU FILHO MENOR JAILTON AMANCIO DA SILVA CPF Nº 715.759.004-24, VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR LARANJA, ANO 2012, DE PLACA OGC-7880-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR028176, EM NOME DE JAILSON AMANCIO DA SILVA, E CONDUZIDA PELO MESMO QUANDO FOI COLIDIDO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UNIDADE DA CIDADE GUARABIRA - PB, E EM SEGUITA SENDO CONDUZIDO PELO UTI MOVEL PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 14/08/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de agosto de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao

VIVIANE FRANCO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01500.01.2017.1.00.420

1/1

192

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - BELÉM - PI

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem de interesse for que, *Jailton Amancio da Silva, 16 anos*, foi atendido pelo SAMU - Belém no dia 15/02/2017 às 20:00h na Rua Feliciano Pedrosa, devido a um acidente com moto, abordado em decúbito lateral, sem capacete, escoriações na face, apresentou epistaxe e feito desobstrução nasal, imobilização em prancha rígida e em membro inferior direito, acesso venoso periférico e oxigênio sob máscara de reservatório, o mesmo apresentou crise convulsiva a equipe realizou avaliação e solicitou a Unidade de Suporte Avançado - USA de Gurupi devido a quadro grave da vítima. Foi feita interceptação e o paciente ficou aos cuidados da USA de Guarabira.

Segue em anexo a cópia da ficha de atendimento.

Atenciosamente

Joeyara Maria Siqueira de Freitas
Coordenadora do SAMU
COREN 249.705

Belém, 24 de agosto de 2017

Base Descentralizada do SAMU Belém
Rua Feliciano Pedrosa S/N - Centro - Belém CEP: 58255-000
Contato: (83) 3261-1205





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB

ATENDIMENTO DE TRAUMA

DATA		HORA	Nº OCOR./PROTÓCOLO	PACIENTE/USUÁRIO	ATENDIMENTO DE TRAUMA		IDADE	SEXO:
02/17		20:00	1604041	Júlio Francisco da Silveira	1		M () F	
LOCAL DA OCORRÊNCIA		Rua Pelicano Pedroso Centro Cr. Jardim				BAIRRO	MÉDICO REGLADOR	
APOIO LOCAL:		() PM	() RESGATE/BOMBEIROS	() PRF	() CPTAN	(OUTRO:		
CINEMÁTICA: () ACIDENTE C AUTOMÓVEL () CAPOTAMENTO () COLISÃO - () FRONTAL () LATERAL () TRASEIRA / USO DE CINTO DE SEG. - () SIM () NÃO () IGN AIR BAG - () SIM () NÃO () ACIDENTE COM MOTO - USO DE CAPACETE () SIM () NÃO / NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL 09 () QUEDA - ALT. APROX. ____ / () FAB () FAF () FEP () FET () EMPALA () AGRESSÃO FÍS. () ESPANCAMENTO () QUEIMADURA: AGENTE - () AFOGAMENTO () OUTRO								
VITIMA ENCONTRADA: () DENTRO DO VEÍCULO () FORA DO VEÍCULO () PROJETADA () ENCERRADA () DECÚBITO LATERAL () DORSAL () VENTRAL () SENTADO () DEAMBULANDO () SOCORRIDA POR TERCEIROS () CAPACete RETIRADO POR TERCEIROS								

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:

HISTÓRICO () DIABETES ()
MEDICAMENTOS EM USO:

QUEIXAS: () DOR MIO () PARESTESIA.

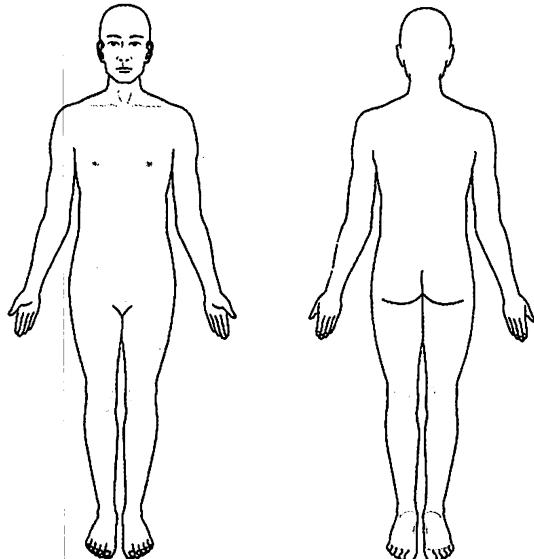
() ADIAÇÃO RESPIRATÓRIA () RIS. PARA ASFILAÇÃO () VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE () RISCOS PARA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA () PERÍF. TISSULAR INFEI. : PERIFERICA () PERÍF. TISSULAR INFEI. : CEREBRAL () PERÍF. TISSULAR INFEI. : GI () RISC. P VOL. DE LÍQUIDO DEFIC. () PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTUBADA () RISC. P DISFUN. NEUROVASCULAR PERÍF. () DOR AGUDA () CONFUSÃO AGUDA () RISC. P TEMP. CORPO. DESEQUILIBRIO () INTEGRIDADE DA PELE PREJU. () INTEGRIDADE TISSULAR PREJU. () MOBILIDADE FÍSICA PREJU. () RISCO P TRAUMA () RISCO P INFEC. () RISCO DE CHOQUE () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () RISC. DE DHE () NÁUSEA () ANSIEDADE () MEDO OUTROS: _____

IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST./EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Feito limpeza das feridas e desobstruções nasais, uso bulgadas de cerasol, e MIV, ofertado O2, PRP e conduzido ao hospital sendo feito interceptação com a USA de Guarulhos.



RESUMO DE IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL DA LESÃO

Lesões Apresentadas:	
<input type="checkbox"/>	Contusão: <u>crânio</u>
<input type="checkbox"/>	Corte: <u>couro cabeludo</u>
<input type="checkbox"/>	Dor Muscular:
<input type="checkbox"/>	Edema: <u>periorbital</u>
<input type="checkbox"/>	Entorse:
<input type="checkbox"/>	Equimose:
<input type="checkbox"/>	Escoriação:
<input type="checkbox"/>	Fratura: <u>M10</u>
<input type="checkbox"/>	Hematoma:
<input type="checkbox"/>	Ruptura Muscular:
<input type="checkbox"/>	Suspeita de Fratura:
Outro(s): _____ _____	



Augusto Dos Anjos
TJ-PB - 13185564

LOCAL DE DESTINO:	ENFERMEIRO	RESPONSÁVEL	EQUIPE
ENFERMEIRO: <u>Edemarles</u> , COREN: <u>251243</u> TEC. ENFER. <u>Juliana</u> , COREN: <u>251243</u>	CONDUTOR: <u>Araele</u>		

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/BELÉM – PB, NESTA OPORTUNIDADE:
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

DESCRIÇÃO: _____	PERTENCES DO PACIENTE	
NOME DO RECEPTOR: _____	FUNÇÃO: _____	
ASSINATURA DO RECEPTOR: _____		

MATERIAL DESCARTÁVEL UTILIZADO

Agulha _____ X	QUANT.	Jelco nº	QUANT.	Sonda Vesical de Aiívio	QUANT.
Atadura de crepon _____ cm		Luva Estéril		Sonda Vesical de Demora	
Cateter tipo óculos		Luva de Procedimento		Outros:	
Compressa Cirúrgica		Máscara Descartável			
Equipo Macrogotas		Saco Coletor			
Equipo Microgotas		Scalp Nº			
Fita de Glicemia		Seringa Nº			
Jaze estéril (pacote)		Sonda de Aspiração Nº			





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 0221295 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Fábio Amâncio da Silva CPF da Vítima 715759 004-24 Data do Acidente 15.02.2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Vinícius Franco da Silva

CPF do Representante Legal 086 555 359 86

Email —

Telefone (DDD) —

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Fábio Amâncio da Silva

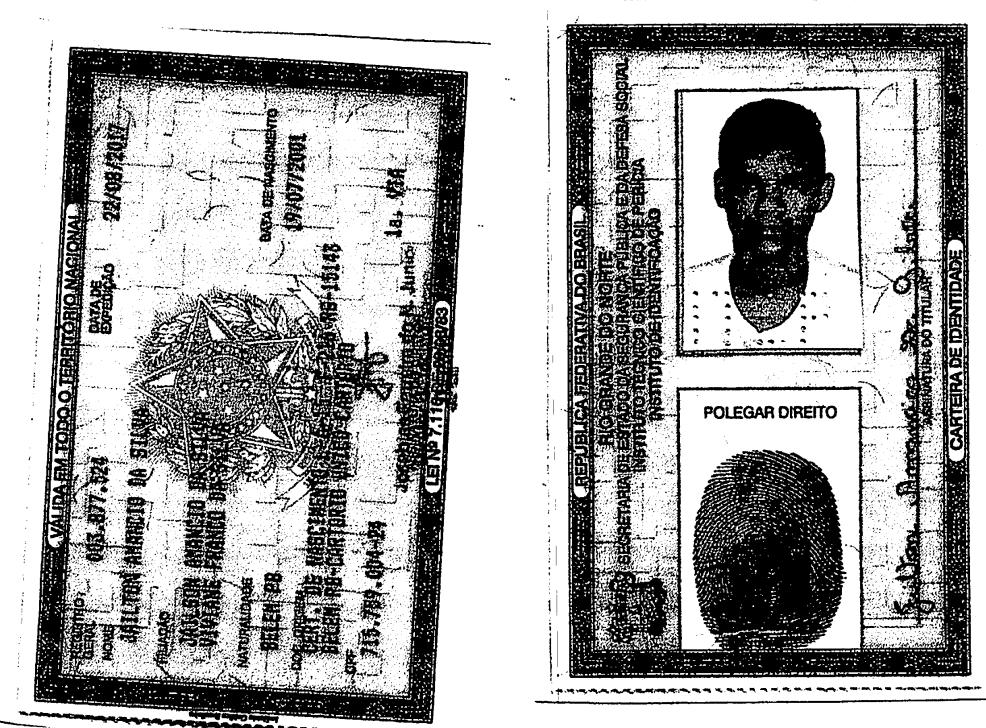
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

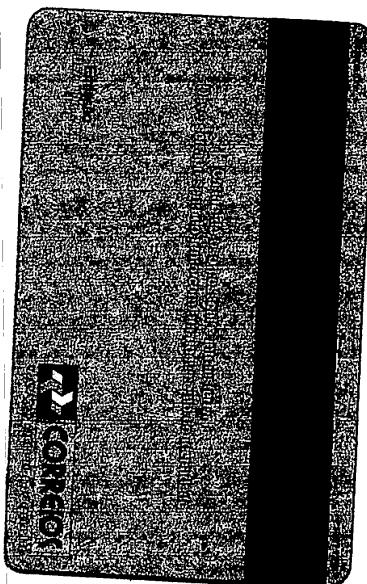
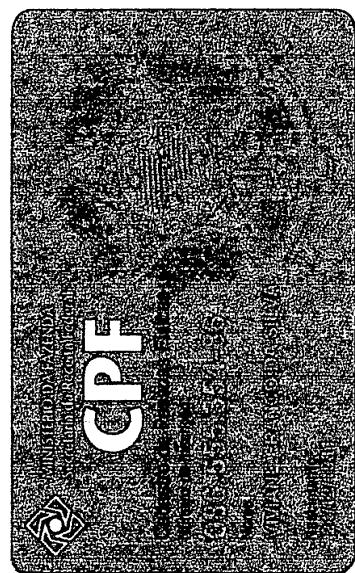
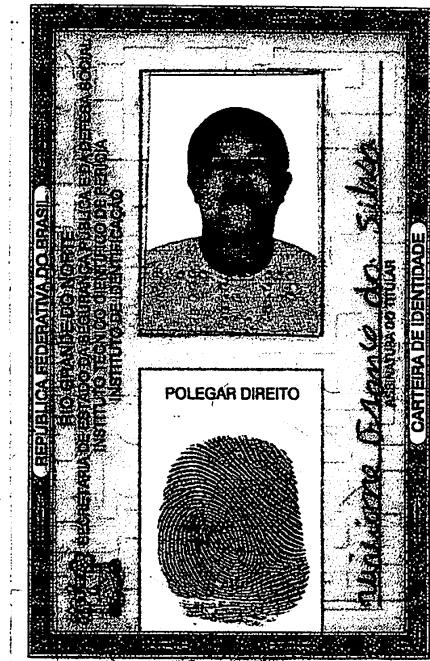
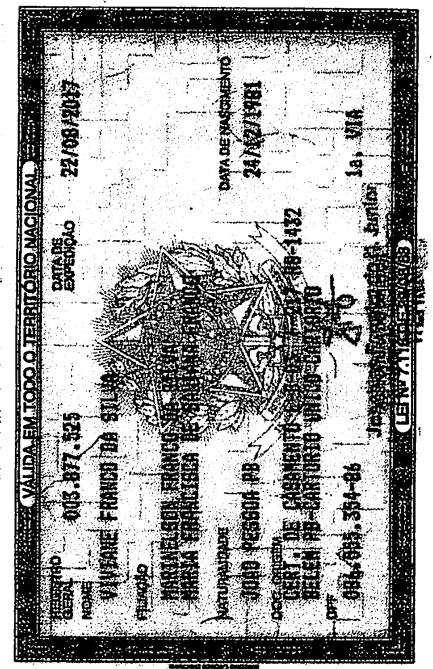
vinícius Franco da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017







Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:40
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210094820000000012880875>
Número do documento: 18032210094820000000012880875

Num. 13185564 - Pág. 11

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jailson Amancio da Silva,
RG nº 123015757, data de expedição 24/4/97,
Órgão SSP, portador do CPF nº 099 110 834 54, com
domicílio na cidade de Belém, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Presidente, nº 39,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jailson Amancio da Silva, cujo o condutor era
.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda NXR 150
Ano: 2012
Placa: DBC 7880
Chassi: 9C2KD0550CR028176
Data do Acidente: 15.2.17
Local e Data: gasometro, 12/12/17



Jailson Amancio da Silva
(Assinatura do Declarante)

)

)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é a vítima/reclamante do sinistro)

)



SERVIÇO NOT. E REG. M^º GUEDES A. CARVALHO
Rua SOLON DE LUCENA, 182, CENTRO, Belém - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

JAILSON AMANCIO DA SILVA

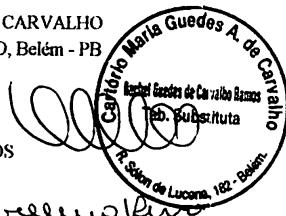
Doc. fte. Belém/PB - 13/09/2017

Substituta: RACHEL GUEDES DE CARVALHO RAMOS

Selo Digital: AFQ96845-64WB

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

2018-03-22 10:10:40 P. 12880875



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CHAVES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
CIA: Cód. Reg.: ART. 21160200424198-4
C.R. 1 0050427513-5 00/00000000 2016

JAILSON AMANCIO DA SILVA

DESCRIÇÃO: 09911083454
PLACA/ANUAF: PB 9C2KD0550CR028176

CHASSIS: 09911083454
ESPECIE: MOTO
MARCA/Modelo: HONDA/MXR150 BROS ES

ALCO/GASOL: 00504275135
ANO/MOD: 2012
CARRO/CHASSIS: 9C2KD0550CR028176

CATEGORIA: 2 P/149 /C1
VENC. COTA UNICA: 19/10/2016
FAIXA IPVA: 0
PAGAMENTO: 0

PREÇO TABELA ANO: 0
RESERVA IPVA: 0
PAGAMENTO: 0
CATEGORIA: 0

SEGURADORA: SEM RESERVA DE DOMÍNIO
PAGAMENTO: 0
CATEGORIA: 0

DATA: 05/12/2016
LOCAÇÃO: 11221
VALORES: 40886

PEB Nº 012973913090 - BILHETE DE SEGURO DE VÁ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DE VÁ
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.segurodevavista.com.br
SAC DE VÁ 0800 122 1264

2016 | 05/12/2016

OGC7880/PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 981329 e PRONTUÁRIO nº 100446

PACIENTE: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 19.07.01

Data e Hora do Atendimento: 16.02.17

Horário: 0:16h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, edema e equimose periorbitaria direita, dor no joelho esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221, Dr. Aníbal Luna CRO 3041, Dr. George Mendes CRM 8346, Dr. Aldênio Amorim de Lima CRM 5815, Dr. Roberto A. Santos CRM 1590, Dr. Matheus Enomoto CRM 10204, Dr. Marceio Átila CRM 6456.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DA TIBIA

DIREITA + SINDROME COMPARTIMENTAL CID 10 S 06 9, S 82 9, T 79 6

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do etmoide com pneumoencefalo, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil, Rx do braço direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 17.02.17 com fasciotomia da perna direita, trombectomia da artéria poplítea direita e instalação de tração transarticular devido à fratura do platô tibial direito. Em 26.02.17, em 02.03.17 realizados curativos sob anestesia. Em 10.03.17 realizado tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e luxação do joelho direito. Em 17.03.17 realizado tratamento cirúrgico com retalho local.

ALTA HOSPITALAR: 18.03.17

Data da Emissão: 14.08.17

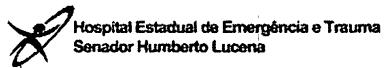
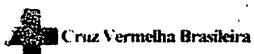
DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





ACOLHIMENTO, s/n - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 981329



Identificação do paciente

ID 1140888	Nome JAILTON AMANCIO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15 anos 6 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae VIVIANE FRANCO DA SILVA	Pai JAILSO AMANCIO DA SILVA			RC
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRA AMANCIO DA SILVA - TIO (A)			FA
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996146050	DDD Fixo 83	Fone Fixo 00000000	NS
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002336535698		21.02
Local de procedência BELEM		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade BELEM	CBO/R		

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número 41	Complemento		Bairro

Admissão

Data e Hora 16/02/2017 00:16:59	Número da pulseira 1000004274345	Convênio SUS	CURATIVO RL- FA
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X mmHg	P脉	Temperatura
----	--------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	ECG []	Ultrasonografia []	Tomografia []
Dados clínicos	REDUÇÃO PATELA COMPARTIMENTO GLAUCOME PNEUMOGRAFIA				

Diagnóstico 16/02/17 NCA (2:00pm)	RC RC NS FA 17.02.17	NA OK 21.02 08:54	TIPO ... DATA ... HORA ...
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017		
	ASS.: 01 min-11seg		

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 128		TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 128		TIPO ... DATA ... HC ...

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
TIPO ... DATA ... HC ...	ASS.: 01 min-11seg

TIPO ... DATA ... HC ...	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017
--------------------------------	---

K102117 - 06:30h

#CTB2S=*

Poente viu-me de rodante metoclastico,
no momento seguiros promiscuos, espacos,
ansante e violento.

As exerne gnis sive - re - adem & equino
Bovatitioe (D). com - chas Pefalad
reletz met sches

A felfogt azonos-e a felfogt ezzel mekkoribbabbal mire való.

en: ① Interesse alle Ober-
-gesellschaften erwecken

16/2/17 #Never
as 09h30

Trame de face par
accident en motocyclette

Glasgow 15

sem cervicalgia, sem ninnaric no nomenis

TCE revelou fractura do esterno de

com pneuocrazia.

CA: Segue observatii neurologice

George Mendes
Neurocirurgista Neuroradiologista
CEP 93 8346

16
4/102 | M, 14:36 h

Pete con questa ortopedia
vorrei togliere questo
cordone e riportarmi
in condizioni norme

$\beta_1 \rightarrow$ freq. planar to ribial component
gross size.

cs: Avakagōj ur. vascular
(sd. compartimental) incipiens?
PR Avakagōj OA uroperit h

20

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente JAILTON AMANCIO DA SILVA	BAE 981329	Data/Hora Entrada 16/02/2017 00:16:59	Data Baixa
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15	Sexo Masculino	CNS 898002336535698
Mãe VIVIANE FRANCO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996146050 / (83) 00000000
Endereço null, 41	Bairro	Município	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO	Nº Cons. Regional 10187/PB
Data/Hora Classificação 16/02/2017 00:16:59		Data/Hora Prescrição 16/02/2017 00:41:25	

anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVelo DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

Exame Físico

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVelo DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 1000 MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROLOGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE) → OBS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA DE FACE)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BRACO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COTOVelo DIREITO AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE Perna, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA E ESQUEDA AP E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
10187/PB

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
(10187/PB)



JAILTON AMANCIO DA SILVA

16.02.17

VASCULAR

Paciente autônomo de acidente com mal-estar com fadiga de plato tibial, ercuri com edema importante em joelho (3).

No exame: edema / hérnia em joelho (2).
* panturrilha, sem dor em comportante, perfusão normal, pulsos e sensibilidade mantida, pulso distal (0).

HD: No momento, sem sinal de lesão vascular ou se comportante.
Porem deve manter repouso e NIE esquado.

16/02/17

as 20:30

Paciente com fadiga grave do plato tibial, edema importante e perna ligeiramente.

Exame de sangue vascular descartar síndrome compartimental.

C/I = Oriento fixos externos de urgência pela ortopédia

Separar os blocos uníguicos para fixos externos.

Internação hospitalar

Dr. Marcos Barbosa Jr.
Cir. Vascular / Endovascular
Rad. Intervencionista
CRM-PB 6926

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Intraóf.
CRM-GO 1001



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jeferson Amancio

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
10/02/2017	21:00:00	<p>Ortopedia</p> <p>Pato V. fuma de auditórios metropolitano há a prox. 2014, apresentando fígado de placa fibrofatty (F) com componentes fibrosos e calcificados + adensamento no fígado e perna (P)</p> <p>Do exame:</p> <ul style="list-style-type: none">- ADM & em todo o M&I)- Nódulos de fígado (P) pericôndrio- Edema (3+ / 4+) + edema no no fígado e perna(P) - Perna e fígado tensos
		<p>O mesmo já foi avaliado 2x pelo equipe da unidade regional que elaborou SIV. Comportamento e evolução são normais</p> <p>10/02/17.</p>
		<p>07/03/2017 16:10</p> <p>Oto Ornitologia para exames colo- coais de fígado oxígeno transfuso feito, visto que que o mesmo se abrigou em IDG.</p>
		<p>Dr. Teófilo Vazquez Méd. - Urologista CRM-PB. 3690/RN. 7719</p>





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Joséton Amorim da Silva BE/Prontuário: 981309

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 17/03/17

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Conexão de fístula traqueobronquial

Cirurgião: Dr. Marcelo Átila 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Noradrenalina Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão pós-fistulização</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retalho local</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Marcelo Átila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6456

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Facente em decúbito dorsal sob anestesia

Incisão:

Pinelogo retângulo em forma

Achados:**Conduta:**

Anel de retângulo listense

s

removido

Sutura

Fechamento:**Observação:**

Cavidade simples

Médico/CRM:

Jr. Marcelo Átila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6.556

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Sarlene Amancio da Silveira BE/Prontuário: 381320

Idade: 21 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 10/03/17

Clínica/Setor: União EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: + tratamento cirúrgico de fratura exposta do joelho

Cirurgião: Dr. Odilene 1º Assistente: Dr. Roberto Sartor

2º Assistente: Dr. Matheus (MRZ) 3º Assistente: Dr. Matheus (MR1)

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Bloco anestésico Hora: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura de plato tibial (A)		
<input checked="" type="checkbox"/> hérnia de joelho (B)		
<u>meio joelho</u>		
<u>medio</u>		
<u>medio</u>		

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<input checked="" type="checkbox"/> tratamento cirúrgico de fratura -		

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Matheus Endrigo
CRM-PB 10204

João Pessoa, 10/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

	DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	<p>② Antibiotico profilático + Paracetamol de banho SMASH em IV</p> <p>③ Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</p> <p>④ Ampola e Análgesicos de NID.</p> <p>⑤ Colocação de campos esterilis.</p>
Incisão:	<p>⑥ Dupla via em penha ⑦ (Excisão posteromedial) ⑧ antero-lateral.</p> <p>⑨ Airelhos café planos ómea</p>
Achados:	<p>⑩ Fratura de Placa fibular com grande falha óssea ⑪ luxações de joelho com lesões ligamentares.</p> <p>⑫ Preleção de fasciotomia medial e lateral despenas.</p>
Conduta:	<p>⑬ Retirada de fixadores ortopédicos transartriciais em NID.</p> <p>⑭ Colocação ⑮ Pedras de parafusos</p> <p>⑯ Fixação com placa (L) 6x2 furos.</p> <p>⑰ Drenos profundos espontâneos e contínuos.</p> <p>⑱ Obterizar - se Reduzir Parcial da fratura com auxílio de microscópio, além de estabilizar o parafuso do joelho ao crânio funes com 5 forças.</p> <p>⑲ Hæmostasia Existência</p>
Fechamento:	<p>⑳ Fechamento por planos avultados</p> <p>㉑ Sutura da pele</p> <p>㉒ Curativo estéril + Retirada de bandas,</p> <p>㉓ RX de controle</p>
Observação:	
Médico/CRM:	<p>Dr. Matheus Eromanto CRM-PB 10204 <i>[Assinatura]</i></p>

João Pessoa, 10/03/17

F(NG) ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: JAILTON AMANCIO DA SILVA BE/Prontuário: 981329
 Idade: 15 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 28 / 02 / 17
 Clínica/Setor: UTQ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: CURATIVO SOB ANESTESIA
 Cirurgião: DAVID SILVEIRA 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. ROSA
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início : : Término : :

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FASCIOTOMIA ABERTA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>CURATIVO SOB ANESTESIA</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência

() Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 26 / 02 / 17

Médico/ Médico/CRM: EMILTON AMARAL SEGUNDO

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jailton Francisco de Souza DEPronthario
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 17/2/17
 Clínica/Setor: ORTOPEDICO EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Sederecôncavo com fixação externa
 Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1º Assistente: Transarticular,
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: Dr. Roberto Souza
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Leilton
 Tipo de Anestesia: Scuf Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura plâstica Esq D.</u>	
<u>com sindrome</u>	
<u>compartmental</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Sederecôncavo</u>	
<u>com uso de graxas</u>	
<u>transarticular</u>	
<u>Obs: Parecer de cintura</u>	
<u>varcelas - Fasciolomi</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: J

Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM-PB-1590

João Pessoa, 17/2/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Aneurisma e arteriofistula do córnea operado
Incisão:	Local de realização de procedimento
Achados:	de Purpura de fractura que -
Conduta:	Fixação em andamento fixando retinias graus altos. Separando tecido nervoso.
Fechamento:	
Observação:	Infiltrado de etapa caso celo - farcional.

Médico/CRM:

CRM-PB 3500
Dr. Roberto Silveira
Deputado Federal

João Pessoa, 17/2/14

F(NG) ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Milton Francisco de Souza BE/Prontuário: 981309
 Idade: 50 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 07/02/17
 Clínica/Sector: Cir. Vascular EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Realização de bypasses na perna D e trombectomia.
 Cirurgião: Dr. Franklyn Assinante: Dr. Franklyn
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Milton
 Tipo de Anestesia: Regional + Anestesia Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
Histórico: Tombo paciente no perno D. Trombose da artéria poplítea retrogradar desde o goteamento ósseo sem risco de lesão embólico ao ser realizado a exploração varonil na perna D.	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Trombectomia na perna D +	
Ressecção da artéria poplítea D.	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

ALDÉMIA ANDRÉA DE LIMA
CRM: 100.000
CRM-PB: 5815

João Pessoa,

17/02/2017

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Ureporio, anti-recesso,
sobre posição de quirúrgico
lado direito dorsal

Incisão:

Circunse por plâano

Achados:

Musos de risso com superfície
na forma D, com elevações
marginalmente e em compri-
mentos posteriores profundos e

Conduta:

Superfície da ferme D.
Perfis de epiteleias vasculas
densas e ricas. Tissulos de
esferas populares ricas de celulas
do NT. Aferro e colo de celulas
areo causando malas proturas tibet
grave.

Resilições das posicômias res

Fechamento:

Artéria poplitea infra-estática
pressionada e dilatada com
grosso de 4-5mm ricas de
hemocitose e fibras sanguíneas

Observação:

50%
curativo local.

ALDENÍO AMORIM DE LIMA
CIRÚRGICO GIG. VASCULAR
CRM/PB: 5815

João Pessoa,

Médico/CRM:

F(NG) ASCIR:009-1



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JAI LTON AMANCIO DA SILVA

Qualificação: Brancino

CPF/MF: 715759004-24 RG: 003 877 524 SCR/PB

Endereço: Rua Do Cacau n° 39 CEP. 58255 000
Belo Horizonte - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

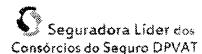
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 23 de Agosto de 2017.

ana raquel brancino da silva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020171/18

Vítima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA
CPF: 715.759.004-24

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/02/2017

Titular do CPF: JAILTON AMAMCIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAILTON AMAMCIO DA SILVA : 715.759.004-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

VIVIANE FRANCO DA SILVA : 086.555.354-86

Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/01/2018
Nome: VIVIANE FRANCO DA SILVA
CPF/CNPJ: 086.555.354-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

VIVIANE FRANCO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA __^a VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

Justiça Gratuita

JAILTON AMANCIO DA SILVA, inscrito no CPF sob o nº 715.759.004-24, brasileiro, agricultor, residente e domiciliado na Rua do Campo, 39, CEP: 58255-000, Centro, Belém – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em 15.02.2017, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

|

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Dante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA.

AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação

2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado.

3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser açãoada para pagar o valor da indenização de seguros.

4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso.

5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontrovertida qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.””.(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

"A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei".(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

"STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização".

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

"Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

'Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento)



para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a)** ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b)** ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c)** Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d)** Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 14 de março de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:17:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210175936400000012880999>
Número do documento: 18032210175936400000012880999

Num. 13185690 - Pág. 11



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima
715 759 004-24 Jairton Amâncio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Jairton Amâncio da Silva</i>	CPF titular da conta <i>715 759 004-24</i>	Profissão <i>Estudante</i>
Endereço <i>Rua do Cauebo</i>	Número <i>39</i>	Complemento
Bairro <i>Centro</i>	Cidade <i>Belém</i>	Estado <i>Pará</i>
CEP <i>68255000</i>	Telefone (DDD) <i>83999154097</i>	
Email <i></i>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome _____ NHO _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. <i>0038</i>	CONTAS NRO. <i>520810</i>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTAS NRO. <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jairton Amâncio da Silva
Local e Data

Jairton Amâncio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Renato Franco da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0612 - MINISTRO JOSE AMERI

DATA: 05/12/2017

HORA: 12:22:28

TERMINAL: 1004

NSU: 000669

AUT.: 0048

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000617

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0038/013/00.052.081-0

NOME: JAILTON AMARAL DA SILVA

DEPOSITANTE:

0 M

VALOR TOTAL: 1,00
VALOR DINHEIRO: 1,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvintoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:18:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210164992000000012881229>
Número do documento: 18032210164992000000012881229

Num. 13185928 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fáilson Amancio da Silva,

RG nº 003877524, data de expedição 28/08/17 Órgão SERPB

CPF nº 71575900424, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Centro.</u>
Número	<u>0º 39</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Beloze - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58255 000</u>
Telefone de Contato	<u>99015 4097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 1. Pessoa 28-08-2017

Assinatura do Declarante: Funilson Ernane da Silva
Fáilson Amancio da Silva



VIVIANE FRANCO DA SILVA
RUAS DO CAMPO, 39 - CENTRO
BELEM/PB CEP: 59265000 (AG: 22)

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Endereço: Rua 230, Km 26 - Cidade Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 58071-000
Referência: Fev/2017 CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc Est: 16.016.822-0
Nº medidor: 00001391518 Emissão: 15/02/2017 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº: 0000854.427
Código para Débito Automático: 00013267218

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 - www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1326721-6

Caráter de contato:

Fev / 2017

Apresentação

15/02/2017

Data prevista da próxima leitura:

20/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

00055535499

Insc. Est.

Faturas em atraso:

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura		

18/01/17 5182 15/02/17 5221 1 59 28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	59	0,44028	26,87
ICMS			0,42
PIS			0,41
COFINS			1,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 01/2017			0,19
MULTA 01/2017			0,04
COMPENSACAO POR INDICADOR-DIC 12/2018			-0,07
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017			0,05

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/18	54.612
Dez/17	54.553
Nov/18	68
Out/18	76
Sep/18	64
Ago/18	68
Jul/18	59
Jun/18	58
Maio/18	59
Abr/18	81
Mar/18	55
Fev/18	81

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

R\$ 37,90

Média dos últimos meses

83

INFORMANDO AO FISCO

71e1.0ef.1cb8.db5a.0912.d97a.9a67.8946.

Indicadores de Qualidade 12/2016 - Belém/PB

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,87	8,78
DIC TRIMESTRAL	11,34	NOMINAL
DIC ANUAL	22,68	220
PERCENTUAL	3,42	CONTRATADA
FIC MENSAL	8,85	LIMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	13,70	LIMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	3,28	202
DMIC	3,08	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Obrigações Fiscais		
Compra de Energia		
Serviço de Transmissão		
Encargos Sociais		
Impostos Diretos e Encargos		
Outros Serviços		
Total		



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01500.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01500.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 23 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Viviane Franco da Silva, CPF nº 086.555.354-86, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Manicure, filho(a) de Maria Francisca de Santana Franco e Marinelson Franco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/12/1981 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, Nº 39, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Presidio, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99915-4097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Estadual Proximo a Marcos da Verdura, Outros, Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/02/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE SEU FILHO MENOR JAILTON AMANCIO DA SILVA CPF Nº 715.759.004-24, VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR LARANJA, ANO 2012, DE PLACA OGC-7880-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR028176, EM NOME DE JAILSON AMANCIO DA SILVA, E CONDUZIDA PELO MESMO QUANDO FOI COLIDIDO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UNIDADE DA CIDADE GUARABIRA - PB, E EM SEGUITA SENDO CONDUZIDO PELO UTI MOVEL PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 14/08/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de agosto de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao

VIVIANE FRANCO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01500.01.2017.1.00.420

1/1



192

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - BELÉM - PI

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem de interesse for que, *Jailton Amancio da Silva, 16 anos*, foi atendido pelo SAMU - Belém no dia 15/02/2017 às 20:00h na Rua Feliciano Pedrosa, devido a um acidente com moto, abordado em decúbito lateral, sem capacete, escoriações na face, apresentou epistaxe e feito desobstrução nasal, imobilização em prancha rígida e em membro inferior direito, acesso venoso periférico e oxigênio sob máscara de reservatório, o mesmo apresentou crise convulsiva a equipe realizou avaliação e solicitou a Unidade de Suporte Avançado - USA de Gurupi devido a quadro grave da vítima. Foi feita interceptação e o paciente ficou aos cuidados da USA de Guarabira.

Segue em anexo a cópia da ficha de atendimento.

Atenciosamente

Joeyara Maria Siqueira de Freitas
Coordenadora do SAMU
COREN 249.705

Belém, 24 de agosto de 2017

Base Descentralizada do SAMU Belém
Rua Feliciano Pedrosa S/N - Centro - Belém CEP: 58255-000
Contato: (83) 3261-1205



SAMU
192SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELEM

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB

ATENDIMENTO DE PRUMA

DATA	HORA	Nº OCOR./PROTÓCOLO	PACIENTE/USUÁRIO	BAIRRO	IDADE	SEXO:	
13/03/17	20:00	1604041	Júlio Cesar Amancio da Silva		1	M () F ()	
LOCAL DA OCORRÊNCIA		Rue Felicíssimo Pedrosa Centro S-º José					
APOIO LOCAL:		() PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTAN () OUTRO:					
CINEMÁTICA: () ACIDENTE C AUTOMÓVEL () CAPOTAMENTO () COLISÃO () FRONTAL () LATERAL () TRASEIRA / USO DE CINTO DE SEG. () SIM () NÃO () IGN AIR BAG () SIM () NÃO () ACIDENTE COM MOTO - USO DE CAPACETE () SIM () NÃO / NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: () 1 () QUEDA - ALT. APROX. ____ / () FAB () FAF () FEF () FET () IMPALA () AGRESSÃO FÍS. () ESPANCAMENTO () QUEIMADURA: AGENTE () AFOGAMENTO () OUTRO							
VÍTIMA ENCONTRADA: () DENTRO DO VEÍCULO () FORA DO VEÍCULO () PROJETADA () ENCARCERADA () DECÚBITO LATERAL () DORSAL () VENTRAL () SENTADO () DEAMBULANDO () SOCORRIDA POR TERCEIROS () CAPACETE RETIRADO POR TERCEIROS							

A	V	EXAME FÍSICO		ESTADO INICIAL		CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE	
		LIVRE	OBSTRUÇÃO PARCIAL	OBSTRUÇÃO TOTAL	CORPO ESTRANHO					INSTAVEL
A	V	() LIVRE () OBSTRUÇÃO PARCIAL () OBSTRUÇÃO TOTAL () CORPO ESTRANHO								
B	R	() BRONCOASPIRAÇÃO () EDEMA DE GLOTE								
B	E	() NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () SPNÉIA () RESP. RUIDOSA () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA / VENTILAÇÃO: () ESPONT. () VENT. ASSIST								
B	S	AUSC. PULM: () MV () RA () CREPOTOS () SIBILOS () RONCOS								
B	S	MV DIMINU. A () ASUNCIÓN DE MV () EXPANSIBILIDADE () BILATERAL () IRREG () ENFISEMA SUBCUTÂNEO () DESVIO DE TRAQUEIA								
C	C	PULSO: () BILATERAL () CHEIO () FILIFORME () AUSENTE () REG () IRREGU								
C	I	PELE: () PALIDO () CORADA () ÚMIDA () SECA () FRIA () QUENTE () PEGAGOSA								
C	R	() SUDOREICO () CIANÓTICO PERFUSÃO: ENCH. CAP: () >25 () <25/ () HEMORRAGIA: () TURG. JUGULAR () NORMOCARDÍCO () BRADICARDÍCO () TAQUICARDICO () NORMOTENSO () HIPOTENSO () PCR () CHOQUE								
D	N	CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTADO () HAL. ETÍLICO () AGITADO () SONOLENTO () OBNUBILAÇÃO () INCONSCIENTE								
D	E	ABERTURA OCULAR: () 4 ESPONTÂNEA () 4 VOZ () 3 DOR () 2 NENHUMA		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA					
D	E	ORIENTADA () CONFUSA () INAPROPRIADAS		5	OBEDECE A COMANDOS	6				
D	E	MOV. DE RETIRADA () 2		4	LOCALIZADOR	5				
D	E	DECORTICAÇÃO () 2		3						
D	E	DESCEREBRAÇÃO () 2		1						
D	E	NENHUMA () CONVULSAO () 1		1						
D	E	PUPILAS: () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCORIA () ISOCORIA () REAG () NÃO REAG () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSAO		1						
E	X	LESÕES								
E	X	CRA	FAC	TOR	CO	PEL	MSD	MSD	MID	MIE
E	X	ESCO	X							
E	X	CONTU	X							
E	X	LUXA								
E	X	FRATU								
E	X	AMPU								
E	X	LACER								
E	X	EDEM	X							
E	X	HEMA								
E	X	NORMOTERMIA () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA								
ABDO		NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL:								
ABDO		CAB	PESC	TANT	TPOS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE
ABDO	I									
ABDO	II									
ABDO	III									

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:	ANTECEDENTES FAMILIARES:
MEDICAMENTOS EM USO:	QUEIXAS: () DOR <u>MIO</u> () PARESTESIA () PLEGIA () PARESIA () OUTRAS:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: PADRÃO RESP. INEFICAZ () RIS. PARA ASPIRAÇÃO () VOLUME DE LÍQUI. DEFICIENTE () RISC PARA FUNC. RESP. ALT. () PERF. TISSULAR INEFI. : PERIFÉRICA () PERF. TISSULAR INEFI. : CEREBRAL () PERF. TISSULAR INEFI. : GI () RISC. P VOL. DE LIQUI. DEFIC () PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTUBADA () RISC. P DISFUN. NEUROVASCULAR PERI. () DOR AGUDA () CONFUSÃO AGUDA () RISC. P TEMP. CORPO. DESEQUIL () INTEGRIDADE DA PELE PREJU. () INTEGRIDADE TISSULAR PREJU. () MOBILIDADE FÍSICA PREJU. () RISCO P TRAUMA () RISCO P INFEC. () RISCO DE CHOQUE () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () RISC. DE DHE () NÁUSEA () ANSIEDADE () MEDO OUTROS:

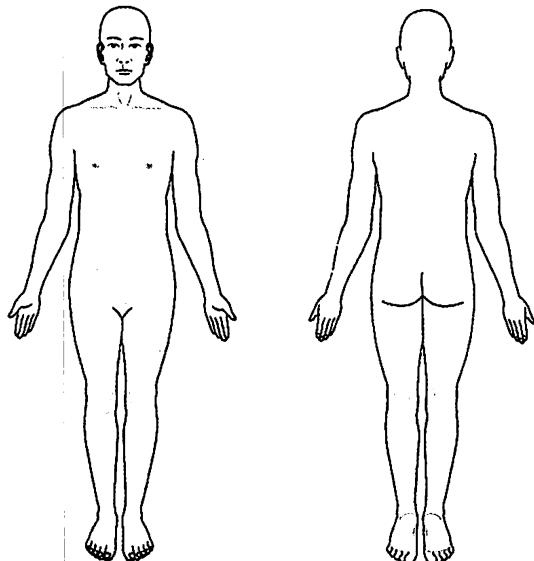
RELACIONADO A: Relacionado ao trauma

IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST. /EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Leito. limpeza dos ferimentos desobstruídos nasal, uso buligas de cervical, e MIO, operado OS, PRP e conduzido ao hospital sendo feito interceptação com a USA de Guarabira



RESUMO DE IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL DA LESÃO

Lesões Apresentadas:	
<input type="checkbox"/>	Contusão: <u>crânio</u>
<input type="checkbox"/>	Corte: <u>couro cabeludo</u>
<input type="checkbox"/>	Dor Muscular:
<input type="checkbox"/>	Edema: <u>periorbital</u>
<input type="checkbox"/>	Entorse:
<input type="checkbox"/>	Equimose:
<input type="checkbox"/>	Escoriação:
<input type="checkbox"/>	Fratura: <u>M10</u>
<input type="checkbox"/>	Hematoma:
<input type="checkbox"/>	Ruptura Muscular:
<input type="checkbox"/>	Suspeita de Fratura:
Outro(s): _____ _____	



LOCAL DE DESTINO: <u>SAMU BELÉM - PB</u>		DATA: <u>01/03/2018</u>	RESPOSTA: <u>PRONTO-SOCORRO</u>	ESPECIALIZAÇÃO: <u>EMERGÊNCIA DE TRAUMA</u>
EQUIPE				
ENFERMEIRO: <u>Eduarda</u> , COREN: <u>251243</u> , TEC. ENFER.: <u>Juliana</u> , COREN: _____, CONDUTOR: <u>Araele</u>				

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/BELÉM - PB, NESTA OPORTUNIDADE:
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

DESCRIÇÃO: _____	PERTENCES DO PACIENTE	
NOME DO RECEPTOR: _____	FUNÇÃO: _____	
ASSINATURA DO RECEPTOR: _____		

MATERIAL DESCARTÁVEL UTILIZADO

Agulha _____ X	QUANT.	Jelco nº	QUANT.	Sonda Vesical de Aiívio	QUANT.
Atadura de crepon _____ cm		Luva Estéril		Sonda Vesical de Demora	
Cateter tipo óculos		Luva de Procedimento		Outros:	
Compressa Cirúrgica		Máscara Descartável			
Equipo Macrogotas		Saco Coletor			
Equipo Microgotas		Scalp Nº			
Fita de Glicemia		Seringa Nº			
Gaze estéril (pacote)		Sonda de Aspiração Nº			





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 0221295 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Fábio Amâncio da Silva CPF da Vítima 715759 004-24 Data do Acidente 15.02.2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Vinícius Franco da Silva

CPF do Representante Legal 086 555 359 86

Email —

Telefone (DDD) —

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Fábio Amâncio da Silva

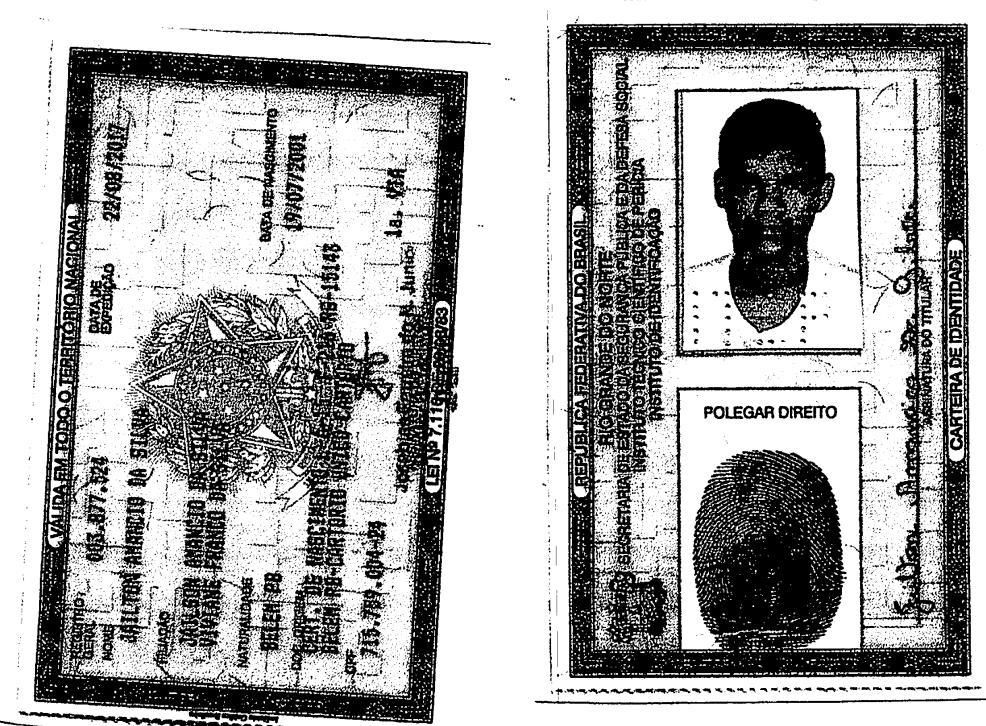
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

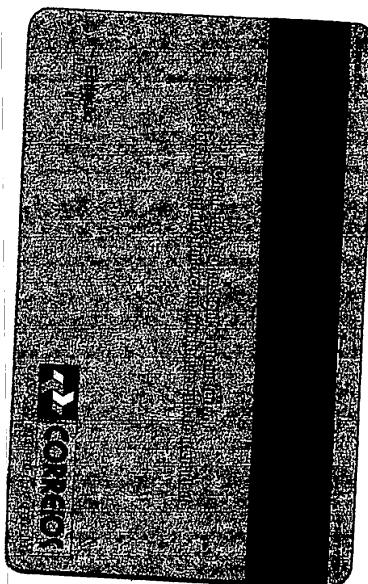
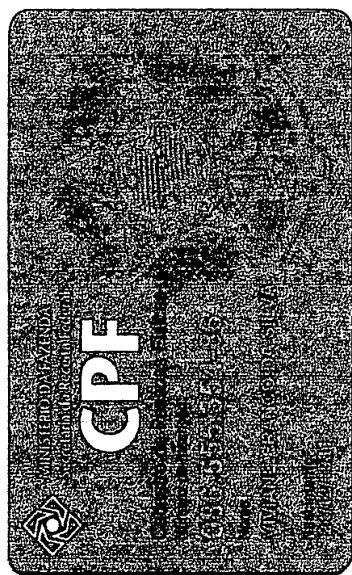
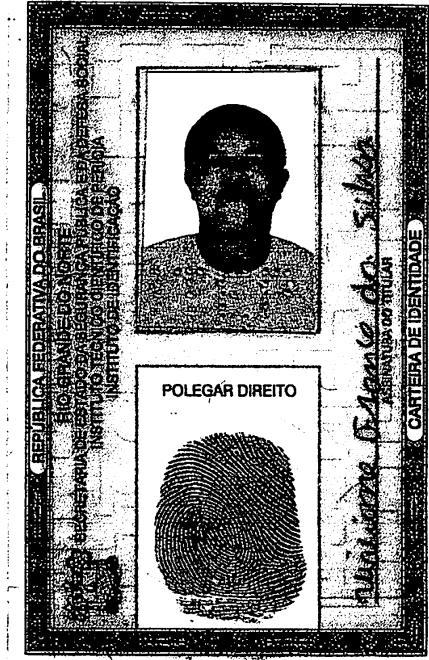
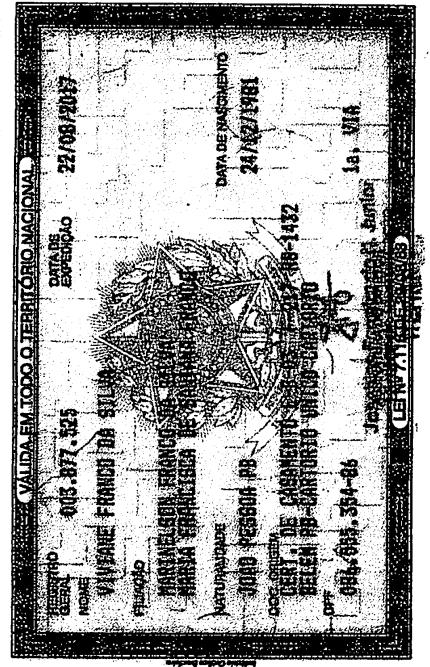
vinícius Franco da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CHAVES

Nº 012973913090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
CÓD. REG. M.R.T. 21160200424198-4
C 1 0050427513-5 00/00000000 2016

JAILSON ABRANTO DA SILVA

DESCRIÇÃO: CHASSIS
PLACA/ANUAF: PB 9C2KD0550CR028176
ANO: NOVO

SPECIE: PAS/MOTOCICLE/MAO APPLIC
MARCA/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES

CATEGORIA: C1
CÓD. UNICA: 19/10/2016
FAIXA IDADE: 0

PB Nº 012973913090 - BILHETE DE SEGURO DEVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DEVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.devatsegurodevatansito.com.br
SAC DEVAT 0800 122 1264

2016 | 05/12/2016

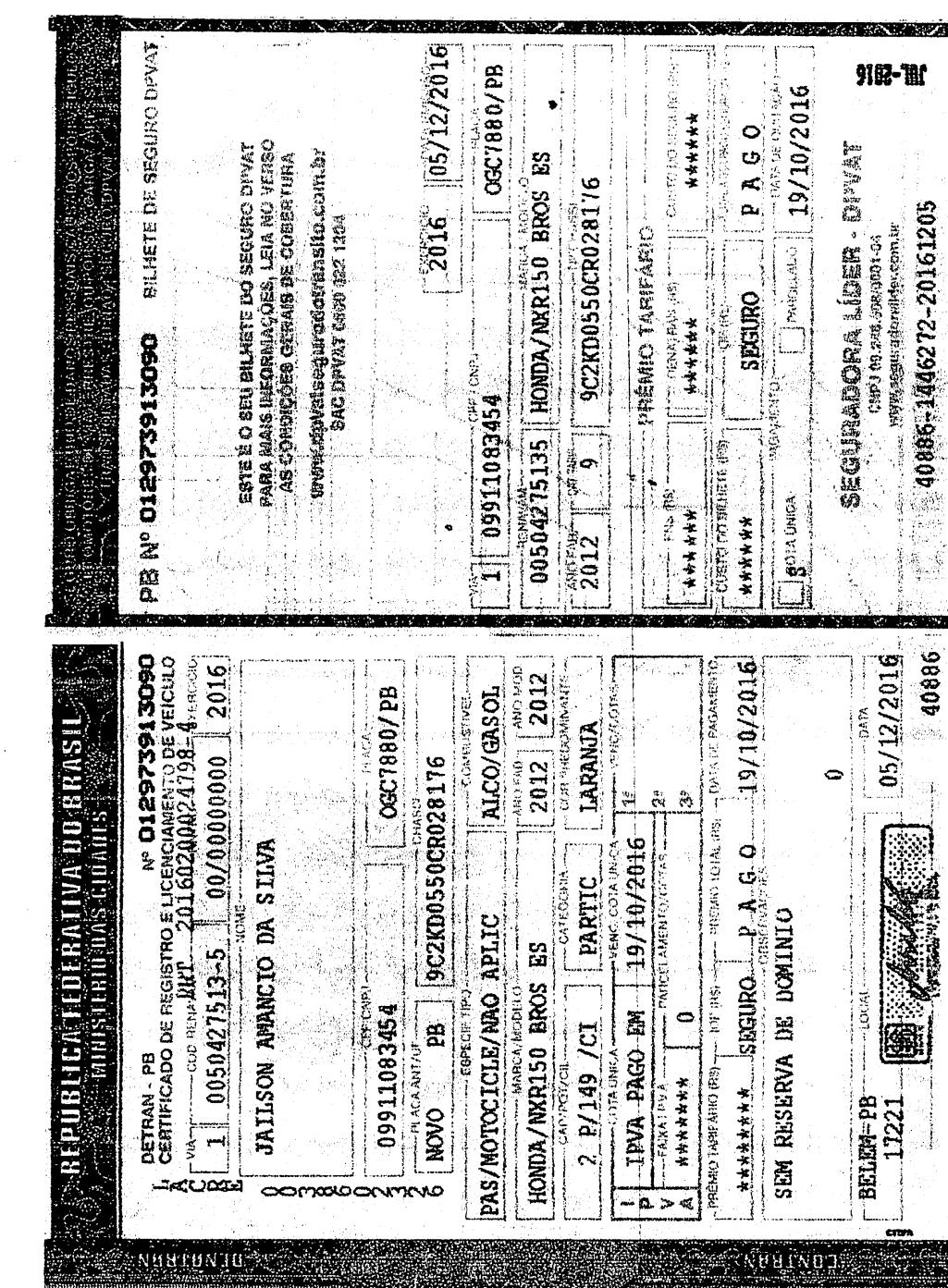
OGC7880/PB

1	09911083454	1	09911083454
00504275135	HONDA/NXR150 BROS ES	00504275135	HONDA/NXR150 BROS ES

2012	9	9C2KD0550CR028176
DATA DE EMISSÃO:	DATA DE EMISSÃO:	DATA DE EMISSÃO:

0	DATA:
11/21	05/12/2016
40886	40886-1446272-20161205

SEGUROADORA LIDER - DEVAT
CNPJ 05.215.326/0001-33
www.devatsegurodevatansito.com.br



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:18:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210164992000000012881229>
Número do documento: 18032210164992000000012881229

Num. 13185928 - Pág. 13

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JAI LTON AMANCIO DA SILVA

Qualificação: Brancino

CPF/MF: 715759004-24 RG: 003 877 524 SCR/PB

Endereço: Rua Do Cacau n° 39 CEP. 58255 000
Belo - Centro - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

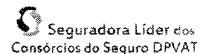
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 23 de Agosto de 2017.

ana raquel brancino da silva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020171/18

Vítima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA
CPF: 715.759.004-24

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/02/2017

Titular do CPF: JAILTON AMAMCIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAILTON AMAMCIO DA SILVA : 715.759.004-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

VIVIANE FRANCO DA SILVA : 086.555.354-86

Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/01/2018
Nome: VIVIANE FRANCO DA SILVA
CPF/CNPJ: 086.555.354-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

VIVIANE FRANCO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:18:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210171036300000012881244>
Número do documento: 18032210171036300000012881244

Num. 13185943 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 981329 e PRONTUÁRIO nº 100446

PACIENTE: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 19.07.01

Data e Hora do Atendimento: 16.02.17

Horário: 0:16h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, edema e equimose periorbitaria direita, dor no joelho esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221, Dr. Aníbal Luna CRO 3041, Dr. George Mendes CRM 8346, Dr. Aldênio Amorim de Lima CRM 5815, Dr. Roberto A. Santos CRM 1590, Dr. Matheus Enomoto CRM 10204, Dr. Marceio Átila CRM 6456.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DA TIBIA

DIREITA + SINDROME COMPARTIMENTAL CID 10 S 06 9, S 82 9, T 79 6

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do etmoide com pneumoencefalo, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil, Rx do braço direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 17.02.17 com fasciotomia da perna direita, trombectomia da artéria poplítea direita e instalação de tração transarticular devido à fratura do platô tibial direito. Em 26.02.17, em 02.03.17 realizados curativos sob anestesia. Em 10.03.17 realizado tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e luxação do joelho direito. Em 17.03.17 realizado tratamento cirúrgico com retalho local.

ALTA HOSPITALAR: 18.03.17

Data da Emissão: 14.08.17

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM 3920

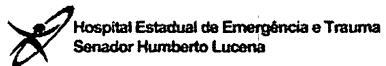
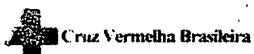
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

auditor/g

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





ACOLHIMENTO, s/n - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 981329



Identificação do paciente

ID 1140888	Nome JAILTON AMANCIO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15 anos 6 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae VIVIANE FRANCO DA SILVA	Pai JAILSO AMANCIO DA SILVA			RC
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRA AMANCIO DA SILVA - TIO (A)			FA
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996146050	DDD Fixo 83	Fone Fixo 00000000	NS
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002336535698		21.02
Local de procedência BELEM		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade BELEM	CBO/R		

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número 41	Complemento		Bairro

Admissão

Data e Hora 16/02/2017 00:16:59	Número da pulseira 1000004274345	Convênio SUS	CURATIVO RL- FA/EX NS 21.02
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	ECG []	Ultrasonografia []	Tomografia []
Dados clínicos	REDUÇÃO PATELA COMPARTIMENTO GLAUCOME PNEUMOGRAFIA				

Diagnóstico 16/02/17 NCA (2:00pm)	RC RC NS FA 17.02.17	TIPO ... DATA ... HORA ... NOME TEC. PAD. Tec. em Radiologia CRTR 006017 ASS.: TOMOG. 01 min-11seg
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	Wellington W. P. de Albuquerque	

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ... NOME TEC. PAD. Tec. em Radiologia CRTR 006017 ASS.: 16/02/2017 00:15
Dr. Ricardo R. Carvalho -urocirurgia AA28	Wellington W. P. de Albuquerque	

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ... NOME TEC. PAD. Tec. em Radiologia CRTR 006017 ASS.: 16/02/2017 00:15
Dr. Ricardo R. Carvalho -urocirurgia AA28	Wellington W. P. de Albuquerque	

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ... NOME TEC. PAD. Tec. em Radiologia CRTR 006017 ASS.: 16/02/2017 00:15
Dr. Ricardo R. Carvalho -urocirurgia AA28	Wellington W. P. de Albuquerque	



K102117 - 06:30h

#CTBrS=*

Poente viu me de ecudente antedochasico,
no momento seguidos anomocitos, espessos,
assentados e entreladados.

As exere quis sive - re - adem & equino
Pervolitiae (D). com - ches Pefahel
Zelte und schur

A gefügte schwere Aufgabe war das nach
zurückholende zu rufen.

en: ① Internes u. ä. Objekt
sind zt. der Bereich erreichbar

16/2/17 #Never
as 09h30

Trame de face par
accident en motocyclette

Glesgo 15

sem cernicalgia, sem náuseas ou vômitos

TCE revelou fractura do esterno de

com pneuocrazia.

CA: Segue observação neurogică

George Mendes
Neurocirurgista Neuroradiologista
CEP 93 8346

16
29/02/17, 14:36

Pete con querida ortopedia
por tu trabajo es querido
deveras e empatia me

$\beta_1 \rightarrow$ frequency planar to radial components
gross size.

cs: Avakagōj ur. vascular
(sd. compartimental) incipiens?
PR Avakagōj OA uroperit h

20



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente JAILTON AMANCIO DA SILVA	BAE 981329	Data/Hora Entrada 16/02/2017 00:16:59	Data Baixa
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15	Sexo Masculino	CNS 898002336535698
Mãe VIVIANE FRANCO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996146050 / (83) 00000000
Endereço null, 41	Bairro	Município	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO	Nº Cons. Regional 10187/PB
Data/Hora Classificação 16/02/2017 00:16:59		Data/Hora Prescrição 16/02/2017 00:41:25	

anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVelo DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

Exame Físico

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVelo DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 1000 MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROLOGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE) → OBS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA DE FACE)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BRACO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COTOVelo DIREITO AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE Perna, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA E ESQUEDA AP E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
10187/PB

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
(10187/PB)



JAILTON AMANCIO DA SILVA

16.02.17

VASCULAR

Paciente autônomo de acidente com mal-estar com fadiga de plato tibial, ercuri com edema importante em joelho (3).

No exame: edema / hérnia em joelho (2).
* panturrilha, sem dor em comportante, perfusão normal, pulsação e sensibilidade mantida, pulso distal (0).

HD: No momento, sem sinal de lesão vascular em set. comportante.
Porem deve manter repouso e NIE esquado.

16/02/17

as 20:30

Paciente com fadiga grave do plato tibial, edema importante e perna ligeiramente.

Exame de sangue vascular descartar síndrome compartimental.

C/I = Osteite fixa externa de origem pela ortopédia

Tegen as bicos uníguicos para fixos elásticos

Internação hospitalar

Dr. Marcos Barbosa Jr.
Cir. Vascular / Endovascular
Rad. Intervencionista
CRM-PB 6926

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Intraóf.
CRM-GO 1001



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jeferson Amancio

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
10/02/2017	21:00:00	<p>Ortopedia</p> <p>Pato V. fuma de auditórios metropolitano há a prox. 2014, apresentando fígado de placa fibrofatty (F) com componentes fibrosos e calcificados + adensamento no fígado e perna (P)</p> <p>Do exame:</p> <ul style="list-style-type: none">- ADM & em todo o M&I)- Nódulos de fígado (P) pericôndrio- Edema (3+ / 4+) + edema no no fígado e perna(P) - Perna e fígado tensos
		<p>O mesmo já foi avaliado 2x pelo equipe da unidade regional que elaborou SIV. Comportamento e evolução são normais</p> <p>10/02/17.</p>
		<p>07/03/2017 16:10</p> <p>Oto Ornitologia para exames colo- coais de fígado oxígeno transfuso feito, visto que esse é mesmo ao aberto em 10%.</p>
		<p>Dr. Teófilo Vazquez Méd. - Ornitologia CRM-DF 36901/RN.7719</p>





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



HEETSHL





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Joséton Amorim da Silva BE/Prontuário: 981309
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 17/03/17
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Conexão de fístula traqueobronquial
 Cirurgião: Dr. Marcelo Átila 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Noradrenalina Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão pós-fístula traqueobronquial</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retirada local</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Marcelo Átila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6456

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Facente em decúbito dorsal sob anestesia

Incisão:

Pinelogo retângulo em forma

Achados:**Conduta:**

Anel de retângulo listense

s

removido

Sutura

Fechamento:**Observação:**

Cavidade simples

Médico/CRM:

Jr. Marcelo Átila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6.556

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Sarletom Amancio Jr S. Lacerda BE/Prontuário: 381320

Idade: 21 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 10/03/17

Clínica/Setor: União Petrópolis EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: + tratamento cirúrgico de fratura exposta do joelho

Cirurgião: Dr. Odilson 1º Assistente: Dr. Roberto Sartori

2º Assistente: Dr. Matheus (MRZ) 3º Assistente: Dr. Matheus (MR1)

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Bloco anestésico Horaário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura de plato tibial (A)		
<input checked="" type="checkbox"/> hérnia de joelho. (B)		
<u>meio joelho.</u>		
<u>nenh</u>		
<u>nenh</u>		

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<input checked="" type="checkbox"/> tratamento cirúrgico de fraturas -		

Acidente durante Ato Cirúrgico: (Sim) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (Sim) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria (Terapia Intensa) (Residência) (Óbito durante Ato Cirúrgico)

Médico/CRM: Dr. Matheus Endrigo
CRM-PB 10204

João Pessoa, 10/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

	DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	<p>① Antibiotico profilático + Paracetamol de banho SMASH em IV</p> <p>② Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</p> <p>③ Anatomia e Anatomia de MDP.</p> <p>④ Colocação de campos esterilis.</p>
Incisão:	<p>⑤ Dupla via em penha ⑥ (Incisão posterior-médial) ⑦ antero-lateral.</p> <p>⑧ Aireulgas até plano ósseo</p>
Achados:	<p>⑨ Fratura de Placa fibular com grande falha óssea ⑩ luxação de joelho com lesão ligamentar.</p> <p>⑪ Perda de fasciotomia medial e lateral despenhada.</p>
Conduta:	<p>⑫ Retirada de fixador externo transarticular em MDP.</p> <p>⑬ Colocação ⑭ Pedras de parafusos</p> <p>⑮ Fixação com placa (L) 6x2 furos.</p> <p>⑯ Parafusos expostos e 3 corticais.</p> <p>⑰ Obterizar - se Reduzir Parcial da fratura com auxílio de microscópio, além de estabilizar parcial do joelho ao cravado firmes com 3 furos.</p> <p>⑱ Hæmostasia Existência</p>
Fechamento:	<p>⑲ Fechamento por planos avultados</p> <p>⑳ Sutura da pele</p> <p>㉑ Cataplasta estéril + Retirada de banho,</p> <p>㉒ RX de controle</p>
Observação:	
Médico/CRM:	<p>Dr. Matheus Eromanto CRM-PB 10204 <i>[Assinatura]</i></p>

João Pessoa, 10/03/17

F(NG) ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JAILTON AMANCIO DA SILVA BE/Prontuário: 981329
 Idade: 15 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 28 / 02 / 17
 Clínica/Setor: UTQ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: CURATIVO SOB ANESTESIA
 Cirurgião: DAVID SILVEIRA 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. ROSA
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
FASCIOTOMIA ABERTA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO SOB ANESTESIA	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência

() Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 26 / 02 / 17

Médico/ Médico/CRM: EMILTON AMARAL SEGUNDO

F(NG).ASCIR.009-1





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:18:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210172755100000012881263>
Número do documento: 18032210172755100000012881263

Num. 13185962 - Pág. 13



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome:

Jaílton Francisco de Souza

DE Pronto

Idade:

Sexo: Masculino Feminino

Cor:

Data:

17/2/17

Clínica/Setor:

ORTOPEDIA

EMP:

LR:

Cirurgia:

Sedação cíclica com fixação extrema

Cirurgião:

Dr. Roberto Santos

1º Assistente:

Transarticular.

2º Assistente:

3º Assistente:

Dr. Roberto Souza

Instrumentador:

Anestesista:

Dr. Leilton

Tipo de Anestesia:

Geral

Horário: Início

Término

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura plâstica ESILD.	
com sindrome	
compartmental	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Sedação cíclica	
com uso de drogas	
transarticulares	
Obs: Parecer de cirurgia	
varcelas - fasciotomia	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM-PB-1590

João Pessoa, 17/2/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Aneurisma e arteriofistula do córnea operado
Incisão:	Local de realização de procedimento
Achados:	de Purpura de fractura que -
Conduta:	Fixação em andamento fixando retinóis graus altos. Separador óptico retinóis.
Fechamento:	
Observação:	Infiltrado de etapa caso celo - farcional.

Médico/CRM:

CRM-PB 3500
Dr. Roberto Silveira
Ortopedista

João Pessoa, 17/2/14

F(NG) ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEITSHL

Nome: J. Milton Francisco de Souza BE/Prontuário: 981309
 Idade: 50 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 7/02/2017
 Clínica/Sector: Cir. Vascular EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Realização de bypasses na perna D e trombectomia
 Cirurgião: J. Milton Francisco de Souza 1º Assistente: Dra. Franklinly Andrade
 2º Assistente: Adriane 3º Assistente: Indoane
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. Milton
 Tipo de Anestesia: Regional + Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
<u>Histórome tumoral primário</u>	
<u>na perna D</u>	
<u>transverso da artéria poplítea</u>	
<u>retrogradas diretas e retrogradamente</u>	
<u>esses tumores são rares e raramente evolutivos</u>	
<u>ao ser realizada exploração</u>	
<u>vara no perna D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trombectomia na perna D +</u>	
<u>remoção tumoral da artéria</u>	
<u>poplítea D.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

ALDÉMIA ANDRÉA DE LIMA
CRM-SP: 5815

João Pessoa,

17/02/2017

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Ureporio, anti-recesso,
sobre posição de quirúrgico
lado direito dorsal

Incisão:

Circunse por plâano

Achados:

Musos de risso com superfície
na forma D, com elevações
irregular e desleixadas em compri-
mentos posteriores profundos e

Conduta:

Superfície da ferme D.
Ressecção de epiteles vascular
tempo constante. Trabalho de
experiência regular. Risco profundo
do MTD direito e extirpando
área causada pela protura tibial
grave.

Ressecção das bordas e extirpando
área exposta
Ressecção de frambecopatia da
arteria poplítea através de extensão de
área poplítea infra-patela

Fechamento:

Artéria poplítea infra-patela
Pressionando o sanguinolento com
gelporeto 4x4 - após revisões de
hemostasia e cirurgião com

Observação:

50%
curativo local.

ALDÉNIO AMORIM DE LIMA
CIRÚRGICO GERAL E GIGIÁSCULAR
CRM/PB: 5815

João Pessoa,

Médico/CRM:

F(NG)ASCIR:009-1





**Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0818238-27.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Analisando os autos, verifica-se que a promovente alega haver sofrido acidente de trânsito e que, em razão deste, suportou sequelas permanentes, que pretende sejam apuradas mediante perícia médica. Em seu pedido de mérito, pugna por receber os R\$ 13.500,00 do teto indenizatório previsto na Lei 6.194/74. Não especifica minimamente que partes do seu corpo restaram afetadas pela invalidez permanente,

Afirma ainda haver solicitado pagamento administrativo do seguro e que, até a data da distribuição desta ação, não havia obtido resposta da seguradora que, segundo relata, limitou-se a exigir documentos não previstos em lei. Embora tenha comprovado a entrega do pedido administrativo, a parte autora não comprovou o status atual do pedido, embora lhe seja possível obtê-lo pelo site da Seguradora Líder.

É o relatório. Decido.

A Lei n. 6.194/74, que regula o seguro obrigatório DPVAT, fixa em R\$ 13.500,00 o limite máximo para pagamento das suas indenizações e traz, em seu anexo único, uma tabela de escalonamento de cobertura, em percentuais incidentes sobre o teto indenizatório. Assim, pela referida tabela, há percentuais diferenciados para cada segmento corporal e/ou função acometida pela sequela permanente.

A classificaçãoposta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se genérico e lacônico. Isso porque a parte autora não informa nem mesmo o a parte de seu corpo e/ou funções atingidos pelas lesões. Muito menos declina o percentual correspondente aos danos corporais sofridos.

Ocorre que os artigos 322 e 324 do CPC/2015 impõem que o pedido deve ser certo e determinado, sendo admissível formular pedido genérico, apenas nos casos especificamente previstos no §1º do art. 324, dentre os quais, quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato.



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCAO - 13/04/2018 12:50:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18041312503883700000013245467>
Número do documento: 18041312503883700000013245467

Num. 13564568 - Pág. 1

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que o promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Ante as razões acima, **intime-se** a parte autora para, em 15 dias:

- a) emendar a inicial, sob pena de seu indeferimento por inépcia, a fim de que especifique as lesões sofridas e informe quais partes do seu corpo ou funções restaram lesionadas permanentemente, bem como as enquadre da tabela da Lei 6.194/74Lei do DPVAT e deduza o percentual cabível, formulando pedido certo, determinado e lógico.
- b) sob pena de indeferimento da inicial, por ausência de interesse processual, comprovar a atual situação do pedido, para tanto, juntando o resultado da consulta quanto ao seu andamento, obtenível no site da Seguradora Líder.

João Pessoa, 13 de abril de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito





14ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, 532, 5º ANDAR, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Nº do processo: 0818238-27.2018.8.15.2001

INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

De ordem do MM. Juiz de Direito da vara supra, INTIMO o(a) advogado(a) do(a) autor(a), de todo teor do despacho abaixo:

DESPACHO

Vistos, etc.

Analisando os autos, verifica-se que a promovente alega haver sofrido acidente de trânsito e que, em razão deste, suportou sequelas permanentes, que pretende sejam apuradas mediante perícia médica. Em seu pedido de mérito, pugna por receber os R\$ 13.500,00 do teto indenizatório previsto na Lei 6.194/74. Não especifica minimamente que partes do seu corpo restaram afetadas pela invalidez permanente,

Afirma ainda haver solicitado pagamento administrativo do seguro e que, até a data da distribuição desta ação, não havia obtido resposta da seguradora que, segundo relata, limitou-se a exigir documentos não previstos em lei. Embora tenha comprovado a entrega do pedido administrativo, a parte autora não comprovou o status atual do pedido, embora lhe seja possível obtê-lo pelo site da Seguradora Líder.

É o relatório. Decido.



Assinado eletronicamente por: ROSA GERMANA SOUZA DOS SANTOS LIMA - 30/05/2018 08:52:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18053008525822600000014199864>
Número do documento: 18053008525822600000014199864

Num. 14550416 - Pág. 1

A Lei n. 6.194/74, que regula o seguro obrigatório DPVAT, fixa em R\$ 13.500,00 o limite máximo para pagamento das suas indenizações e traz, em seu anexo único, uma tabela de escalonamento de cobertura, em percentuais incidentes sobre o teto indenizatório. Assim, pela referida tabela, há percentuais diferenciados para cada segmento corporal e/ou função acometida pela sequela permanente.

A classificaçãoposta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se genérico e lacônico. Isso porque a parte autora não informa nem mesmo o a parte de seu corpo e/ou funções atingidos pelas lesões. Muito menos declina o percentual correspondente aos danos corporais sofridos.

Ocorre que os artigos 322 e 324 do CPC/2015 impõem que o pedido deve ser certo e determinado, sendo admissível formular pedido genérico, apenas nos casos especificamente previstos no §1º do art. 324, dentre os quais, quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato.

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que o promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Ante as razões acima, **intime-se** a parte autora para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, sob pena de seu indeferimento por inépcia, a fim de que especifique as lesões sofridas e informe quais partes do seu corpo ou funções restaram lesionadas permanentemente, bem como as enquadre da tabela da Lei 6.194/74Lei do DPVAT e deduza o percentual cabível, formulando pedido certo, determinado e lógico.

b) sob pena de indeferimento da inicial, por ausência de interesse processual, comprovar a atual situação do pedido, para tanto, juntando o resultado da consulta quanto ao seu andamento, obtenível no site da Seguradora Líder.

João Pessoa, 13 de abril de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: ROSA GERMANA SOUZA DOS SANTOS LIMA - 30/05/2018 08:52:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18053008525822600000014199864>
Número do documento: 18053008525822600000014199864

Num. 14550416 - Pág. 2

João Pessoa, 30 de maio de 2018.

Rosa Germana Souza dos Santos Lima

Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: ROSA GERMANA SOUZA DOS SANTOS LIMA - 30/05/2018 08:52:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18053008525822600000014199864>
Número do documento: 18053008525822600000014199864

Num. 14550416 - Pág. 3

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 14^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

JAILTON AMANCIO DA SILVA, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida vénia, perante Vossa Excelência, em cumprimento do despacho retro, nos termos do Art. 321 do CPC, informar e requerer o que segue:

O demandante fora vítima de acidente de trânsito e ciente da cobertura do Seguro DPVAT, pleiteou a liberação do mesmo pela VIA ADMINISTRATIVA conforme protocolo de abertura de sinistro junto a Seguradora Líder em anexo.

Cumpre destacar, inobstante ter o promovente obedecido os preceitos insculpidos na Lei 6194/74, a promovida sem qualquer justificativa plausível e como senão bastasse extrapolado o prazo legal de pagamento, cancelou o referido procedimento.

Desta feita, vendo frustrado seus Direitos, a parte autora ingressou com a referida demanda colacionando aos autos o Boletim de Ocorrência e o **Laudo/Prontuário Médico, que ATESTAM o ocorrido e suas LESÕES.**

Pugnou o demandante pela realização de perícia Médica afim de que se possa **ATESTAR as SEQUELAS decorrentes das LESÕES SOFRIDAS, avaliando o segmento corporal afetado e a função acometida, nos termos do artigo 3º, §1º, INC I e II.**

No caso em apreço o Segurado, sofreu lesão em **Membro INFERIOR, (tíbi e joelho), além do crânio.**

Reitera assim o promovente pela realização de Perícia Médica, **com o fito de atestar e legalmente enquadrar o percentual da sequela resultante no membro afetado e as funções comprometidas e seus reflexos.**

Por fim, considerando que o patamar máximo indenizável é de **ATÉ R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), bem como que a indenização tem percentuais distintos, a ser



aplicado de acordo com sequela avaliada anatômica e funcionalmente, no caso em apreço, entendemos que o percentual máximo a ser aferido, poderá chegar a limite indenizável de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**. Sendo, portanto, esse o valor a ser atribuído a causa.

Quanto ao PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO, ocorre que, A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS ALÉM DAQUELES DOS PREVISTOS EM LEI, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, POR ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

"Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado."

Além disso a Lei nº 6.194/74, que instituiu o Seguro obrigatório – DPVAT, alterada pela Lei nº 8.441/92 e 11.482/2007, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de **esgotamento da esfera administrativa**, afim de pleitear o percepimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do sistema, para tal fim. Como se não bastasse, a Constituição Federal de 1988, diferentemente da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de exaurimento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 13 de junho de 2018.



Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 13/06/2018 11:42:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061311424288100000014438798>
Número do documento: 18061311424288100000014438798

Num. 14797835 - Pág. 3



(/)

[Buscar no site](#)

A PONTOS DE
COMPANHIA SEGURO CENTRO DE
DPVAT ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento) DADOS E SALA DE TRABALHE
CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180043438 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA JAILTON AMAMCIO DA SILVA
COBERTURA** Invalidez

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true

1/4



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 13/06/2018 11:42:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061311415086100000014438814>
Número do documento: 18061311415086100000014438814

Num. 14797852 - Pág. 1

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
SINCOR/PB
BENEFICIÁRIO JAILTON AMAMCIO DA SILVA
CPF/CNPJ: 71575900424

Posição em 13-06-2018 11:39:53

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médica-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/01/2018	Exigência Documental	
28/01/2018	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)





**Poder Judiciário da Paraíba
14^a Vara Cível da Capital**

DESPACHO

Vistos, etc.

A c o l h o a e m e n d a r e t r o .
Deixo de designar audiência junto ao Centro Judicial de Solução Consensual de conflitos - CEJUSC
deste Fórum central, nos termos dos arts. 334 e seguintes do NCPC, em razão de se tratar de processo de
DPVAT ajuizado há cerca de dois anos e em que ainda não foi instaurado o contraditório. DESSA
FORMA, por medida de celeridade processual, CITE-SE A RÉ PARA APRESENTAR CONTESTAÇÃO
EM QUINZE DIAS, SOB PENA DE REVELIA

C u m p r a - s e c o m g r a t u i d a d e .
João Pessoa - PB, (data do protocolo eletrônico).

ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO
JUIZ DE DIREITO

